Münster.1932.№20

Med Diss.

Aus der Universitäts-Hautklinik Münster i. Westf.
(Direktor: Prof. Dr. A. Stühmer)

Das Schicksal unserer Psoriasispatienten nach klinischer und ambulanter Behandlung

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
einer hohen Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster in Westfalen

vorgelegt von

MARGOT HIPPLER
aus Bromberg

1932

Druck C. J. Fahle GmbH., Münster (Westf.), Neubrückenstraße 11

Dekan: Prof. Dr. Herzog
Referent: Prof. Dr. Stühmer

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster (Westf.)

Ueber den weiteren Verlauf der Psoriasis nach einer energischen Behandlung ist in der Literatur verhältnismäßig wenig angegeben. Aus diesem Grunde versuchten wir mit Hilfe von Fragebogen, die wir allen Psoriasispatienten übersandten, über den Verlauf der Psoriasis nach unserer Behandlung genauere Aufschlüsse zu bekommen. Von Eröffnung der Hautklinik im August 1925 bis Ende März 1931, also in einem Zeitraum von 5 Jahren und 7 Monaten, wurden unter 10714 Patienten 539 Psoriasiskranke, das sind 5,03 Prozent aller Kranken, behandelt. Von den 539 Psoriasispatienten antworteten 442 = 82 Prozent, und zwar:

	stationär	ambulant	insgesamt
Männer	77	132	209
Frauen	84	107	191
Kinder	26	16	42
	187	255	442

Die Zahl der Patienten, die geantwortet haben, ist also überraschend groß. Viele schließen wohl aus dem Interesse der Klinik für ihre Erkrankung, daß jetzt ein Mittel gefunden ist, mit dem man die Psoriasis endgültig heilen kann, oder aber, daß man dies Mittel durch die Befragung der Patienten erfahren will. In zahlreichen Antworten bitten die Patienten zum Schluß, die Klinik möchte ihnen das neue Heilmittel mitteilen.

Die Psoriasispatienten insgesamt verteilen sich folgendermaßen:

	stationär	ambulant	insgesamt
Männer	92	161	253
Frauen	99	141	240
Kinder	27	19	46
	218	321	539

Es sind ungefähr gleich viel Männer und Frauen behandelt worden. Die Zahl der Kinder ist relativ gering. Das entspricht der Beobachtung, daß die Psoriasis am häufigsten am Anfang des dritten Lebensjahrzehnts und den nachfolgenden Jahren auftritt. Daß die Zahl der ambulanten Patienten größer ist als die der stationären, erklärt sich wohl daraus, daß die Patienten sich

wegen einer verhältnismäßig wenig störenden Erkrankung nicht gern einer Krankenhausbehandlung unterziehen. So kommen nur die schwereren Fälle zu klinischer Behandlung.

Die Behandlung der Psoriasiskranken auf der Station wurde in folgender Weise durchgeführt: nach Entfernung der Schuppen mit Salicylvaseline auf dem Körper und Salicylsalbe (Adeps suillus benzoatus als Grundlage) auf dem behaarten Kopf wurde Chrysarobin oder Cignolin in steigenden Dosen gegeben. Im Gesicht wurde 5prozentige Praecipitatsalbe verwandt, auf dem Kopf 1—5prozentige Pyrogallus- oder Praecipitatanthrasolsalbe, um die Verfärbung blonder Haare durch Pyrogallus zu vermeiden. Daneben wurde stets As in Form von Solarson, Arsylen oder Acidum arsenic. nach der Neißer'schen Vorschrift (Acid. arsenic. 0,5, Acid. carbol. 1,5, Aq. dest. ad 50,0) gegeben. Bei wenig ausgebreiteter Psoriasis wurden die einzelnen Stellen mit Chrysarobinguttaplast behandelt. An besonders hartnäckigen Herden wurden Ung. Dreuw. und Rö 20 % 0 Filter, 3 Bestrahlungen in 10tägigen Abständen verwandt. Neben dieser Therapie wurde bei 11 Patienten die Thymusdrüse mit Rö bestrahlt, und zwar mit 33 R, 1 mm Cu, 1 mm Al. Bei 26 Patienten wurde Psorimangan i. m. gespritzt. Oberarzt P. W. Schmidt hat festgestellt, daß Psorimangan auf den Rückgang der Psoriasis wohl einen gewissen Einfluß auszuüben scheint, daß aber über das Ausmaß der Wirkung noch nichts Sicheres berichtet werden kann; auch den späteren Verlauf scheint Psorimangan nicht wesentlich zu beeinflussen, denn 9 Patienten hatten zum Teil schon nach 2 Monaten ein Rezidiv ihrer Erkrankung.

Sehr großer Wert wurde darauf gelegt, daß die Patienten sich nachbehandelten. Sie bekamen z. B. stets ein Rezept für Salicylvaseline oder Praezipitatvaseline mit und wurden angewiesen, häufig zu baden. Die Behandlung unserer Patienten wurde meistens so lange fortgeführt, bis die Rötung und Schuppung der psoriatischen Stellen verschwunden war. Eine ganz ausgedehnte Behandlung, so lange bis die psoriatischen Hautstellen sich in nichts mehr von der gesunden Haut unterschieden, konnte leider nur selten durchgeführt werden, weil die Kassen meistens nach 3—4 Wochen zur Entlassung drängten. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug bei den stationären Fällen:

Männer:	28 Tage = 71 %;	48 Tage = 29 %
Frauen:	24 Tage = 79 %;	45 Tage = 21 %
Kinder:	24 Tage = 68 %;	45 Tage = 32 %

Die Behandlungsdauer betrug also im allgemeinen bei Männern, Frauen und Kindern 3—4 Wochen und in besonders hartnäckigen Fällen rund 7 Wochen. Die ambulanten Psoriasiskranken wurden folgendermaßen behandelt: da Chrysarobin und

Cignolin die Wäsche verschmutzten, wurde Praezipitatsalbe oder Salicylsalbe mit Anthrasol oder Liqu. carbon. deterg. verwandt. Daneben wurde meistens As in Form von Solarson oder Acid. arsenic. nach der Neißer'schen Vorschrift gegeben. Für den Kopf wurde neben Salicylpraezipitatsalbe in einzelnen Fällen Pyrogallussalbe verwandt.

Die Fragebogen, die an alle 539 Psoriasispatienten gesandt wurden, enthielten folgende Fragen: ob und wann ein Rückfall aufgetreten ist, ob er schwächer, ebenso stark oder stärker war, ob der Rückfall an den früher befallenen Stellen aufgetreten ist, ob die Krankheit zur Zeit in leichter oder schwerer Form vorhanden ist. Für den Fall der Heilung wurde gefragt: ob die Heilung auf Behandlung oder ohne Behandlung erfolgt ist, und auf welche Mittel die Heilung zurückgeführt wird. Die einzelnen Fragen sind nicht immer vollständig und genau beantwortet. Insbesondere fehlt die Angabe über den Zeitpunkt des Rezidivs in 127 Antworten. Wir sind uns der Unzulänglichkeit einer über relativ kurze Zeiträume gehenden Zusammenstellung voll bewußt, glaubten aber wenigstens den Anfang mit einer systematischen Nachforschung machen zu sollen, um für eine spätere Umfrage die Grundlage zu schaffen, die dann mit großen Zeiträumen rechnen kann, um so zu allgemein gültigen Ergebnissen zu kommen. In allen Fällen, auch in den hartnäckigsten, konnte der einzelne Psoriasisschub beseitigt werden. Das kann aber nicht das einzige Ziel der Behandlung sein, beinahe noch mehr interessiert es den Patienten und den Arzt, ob diese Heilung eine dauernde ist oder nicht.

Wir konnten feststellen, daß nur eine verhältnismäßig kleine Zahl von Patienten nach unserer Behandlung von ihrer Erkrankung frei geblieben ist, die sich folgendermaßen verteilte:

	Stationäre	Ambulante	Insgesamt
Männer	2	13	15
Frauen	4	11	15
Kinder	3	4	7
	9	28	37

Es haben also nur 37 von allen in der Klinik stationär und ambulant behandelten Kranken bis zum Zeitpunkt der Umfrage kein Rezidiv bekommen. Dabei fällt auf die ambulanten Patienten der größere Teil, nämlich 28 gegenüber nur 9 bei den stationären. Das erklärt sich vielleicht daraus, daß in der Ambulanz die weniger schweren Fälle behandelt wurden. Die Zahl der rezidivfrei gebliebenen Kinder sowohl nach stationärer als auch nach ambulanter Behandlung war demgegenüber überraschend groß, nämlich von 42 blieben 7 rezidivfrei. Das mag darauf zurückzuführen sein, daß bei den Kindern die Behandlung und

Nachbehandlung zu Hause besonders energisch und ohne die Geduld zu verlieren durchgeführt wird, während der Erwachsene seine eigene Behandlung viel leichter vernachlässigt. Bei diesen Geheilten betrug die Dauer der Rezidivfreiheit bei Eingang der Antwort:

a) Stationäre:

Zeit Monate	4	6	9	Jahre	1	$1^1/_4$	$2^3/_4$	$3^1/_6$
Fälle	2	2	1		1	1	1	1

b) Ambulante:

	Monate						Jahre							
Zeit	1	3	4	6	7	10	1	1¼	2	3	3½	4	4⅓	4½
Fälle	1	2	1	1	4	2	2	1	3	5	2	1	2	1

Diese Patienten sind 1 Monat bis 4½ Jahre rezidivfrei. Ob wenigstens bei den Patienten, die schon über 4 Jahre rezidivfrei sind, eine Dauerheilung eingetreten ist, kann nur durch eine weitere Beobachtung der Patienten festgestellt werden. Die Möglichkeit eines Neuausbruchs besteht bei ihnen noch immer, denn auch nach 3 und 4 erscheinungsfreien Jahren haben wir Rezidive beobachtet.

Nach P. G. Unna darf man eine Dauerheilung der Psoriasis nicht für unmöglich halten. Unna und Schulz (Kreuznach) legen den Hauptwert darauf, daß die Psoriasis so lange behandelt wird, bis auch die geringsten Reste der Erkrankung beseitigt sind. Schulz (Kreuznach) gibt dabei die Anweisung, die Therapie so lange fortzusetzen, bis sich die psoriatischen Partien in nichts mehr von der vor der Kur normalen Haut unterscheiden. Vor allem sei es eine Frage der Energie des Patienten und seiner Umgebung, ob man dieses Ziel erreicht. Ganz besonders betont P. G. Unna außerdem, daß selbst bei gereinigten Patienten eine wochenlange Weiterbehandlung notwendig ist. Bulkley macht ganz andere Vorschläge, um eine Psoriasis dauernd zu beseitigen. Er hat mit strenger vegetarischer Diät wiederholt Heilung und Rezidivfreiheit der Psoriasis erreicht. Die Hauptsache sei die strengste vegetarische Kost. Nur um schneller zu einem Resultat zu kommen, verwendet er gleichzeitig innere und äußere Behandlungsmittel. Ravogli-Cincinnati hält nicht die vegetarische Kost, sondern die Arsenikthérapie für ein Mittel, mit dem man die Psoriasis dauernd heilen kann.

Unter den Patienten, die nach unserer Behandlung ein Rezidiv bekamen, findet sich noch ein verhältnismäßig großer Teil, der zur Zeit der Befragung wieder von der Psoriasis frei war. Diese letzteren Patienten verteilen sich wie folgt:

	Stationäre	Ambulante	Insgesamt
Männer	5	4	9
Frauen	9	3	12
Kinder	1	2	3
	15	9	24

Der Prozentsatz der Geheilten (unter denen wir wie immer nur die augenblicklich Rezidivfreien verstehen), die vor ihrer jetzigen Heilung ein Rezidiv zu überstehen hatten, ist also nicht erheblich geringer als der, welchen die rezidivfrei gebliebenen Geheilten aufzuweisen haben. 7 von diesen 24 Patienten geben an, ohne erneute Behandlung geheilt zu sein. 7 weitere führen ihre Heilung auf so merkwürdige Mittel zurück, daß man auch bei ihnen ein Spontanheilung annehmen darf. Das scheint die Ansicht zu bestätigen, daß die Psoriasis in zahlreichen Fällen die Neigung zeigt, spontan abzuheilen (V e i e l).

Auch bei diesen Geheilten, die nach unserer Behandlung zunächst noch ein Rezidiv bekommen haben, hält sich die jetzt bestehende Rezidivfreiheit zwischen Monaten und Jahren. Sie beträgt in genauen Zahlen:

a) Stationäre:

	Monate					Jahre			
Zeit	1	2	4	5	6	1	1¼	2½	2¾
Fälle	1	2	1	1	2	5	1	1	1

b) Ambulante:

	Monate		Jahr
Zeit	1	2	1
Fälle	3	2	4

Ein Unterschied in der Dauer der Rezidivfreiheit besteht also zwischen den rezidivfreien und den rezidivierten Geheilten nicht.

Bei allen zur Zeit Geheilten (ohne und nach Rezidiv) drängt sich die Frage auf: Was waren das für Fälle und wie wurden sie behandelt? Bei den 24 stationären Fällen handelt es sich um ausgedehnte Formen der Psoriasis, die in der üblichen Weise behandelt wurden. In 6 Fällen bestand die Erkrankung erst kurze Zeit, nämlich 5 Wochen bis 6 Monate. Die übrigen Patienten hatten die Psoriasis 1—36 Jahre. In den 37 ambulant behandelten Fällen handelt es sich in 10 Fällen um frisch aufgetretene, in den übrigen Fällen um lange bestehende Psoriasis. Auffallend ist, daß 9 an einer isolierten Kopfpsoriasis litten und die übrigen nur wenige Psoriasisherde hatten. An dieser Stelle möchten wir darauf hinweisen, daß es wichtig wäre, festzustellen, ob der Verlauf der Psoriasis günstig beeinflußt werden kann, wenn der Erstausbruch der Psoriasis ganz energisch behandelt wird.

In der Mehrzahl der Fälle traten nach der Beseitigung des einzelnen Psoriasisschubs Rezidive auf, die sich zeitlich wie folgt verteilten:

Rezidive traten auf:

Zeit	Zahl und Prozentsatz der Fälle bei					
	Stationären		Ambulanten		Insgesamt	
Im 1. Monat	40		21		61	
Nach 1 Monat	29		11		40	
Nach 2 Monaten	24	116=67,8%	18	55=52,4%	42	171=61,9%
„ 3 „	23		5		28	
„ 4 „	5		10		15	
„ 5 „	3	20=11,7%	3	26=24,8%	6	46=16%
„ 6 „	12		13		25	
„ 7 „	3				3	
„ 8 „	4		2		6	
„ 9 „	5		1		6	
„ 10 „	1	23=13,5%		14=13,2%	1	37=13,4%
„ 11 „	1				1	
„ 12 „	9		11		20	
„ 1 Jahren	2		1		2	
„ 1 „	2				3	
„ 1 „	1	10=5,8%		5=4,8%	1	15=5,5%
„ 2 „	5		4		9	
„ 2 „	1		1		1	
„ 2 „			2		1	
„ 3 „	2	3=1,2%	2	5=4,8%	4	8=2,6%
„ 4 „					2	
	171		105		277	

Am häufigsten traten die Rezidive schon im 1. Monat und nach 1—3 Monaten auf, nämlich in 61,9 % der Fälle. Der prozentuale Anteil ist bei den stationären Kranken größer als bei den ambulanten und zwar 67,8 %, bzw. 52,4 %. Nach 4—6 Monaten bekamen 11,7 % Stationäre und 24,8 % Ambulante ein Rezidiv. Hier verhalten sich Stationäre und Ambulante gerade umgekehrt als vorher; der prozentuale Anteil ist bei den Stationären kleiner. Nach 7—12 Monaten und nach einem Jahr 1 Monat — 2 Jahren treten die Rezidive bei stationären und ambulanten Patienten in ungefähr gleichen Prozentsätzen auf (13,5 % : 13,2 % und 5,8 % : 4,8 %), während der Prozentsatz der Rezidive nach 2½ bis 4 Jahren bei den Stationären wieder kleiner als bei den Ambulanten ist (1,2 % : 4,8 %). Irgend eine Gesetzmäßigkeit im Verhalten der Stationären und Ambulanten bezüglich des Auftretens der Rezidive ist also nicht festzustellen. Die rezidivfreien Zeiten bei unseren Patienten liegen also zwischen 1 Monat und 4½

Jahren. Das entspricht auch den Angaben der Autoren, die auch, soweit überhaupt genauere Angaben vorliegen, rezidivfreie Zeiten von 1 Monat bis 5 Jahren beobachteten. Lang beobachtete das Auftreten des Rezidivs nach 1, 1½ und mehr als 3 Jahren. In 4 Fällen hätte die Rezidivfreiheit schon 1½, 2½, 2¾ und 5 Jahre bestanden. Er verwandte nach Schuppenentfernung Chrysophansäure (1:10—15), setzte die Behandlung bis zur restlosen Beseitigung der Erscheinungen fort und beobachtete die Kranken weiter, um auch den kleinsten Rückfall zu behandeln. Podwyssozkaja gibt kürzere rezidivfreie Zeiten an. Sie erreichte bei 37 Psoriatikern, die sie mit intravenösen Na-salicyl-Injektionen behandelte, 27 Heilungen. 4 Fälle rezidivierten nach 1—1½ Monaten; bei den andern traten innerhalb 3—4 Monaten keine Rezidive auf. Van Kerckhoff beoachtete unter 91 Patienten 3, die ohne Erscheinungen blieben Die Beobachtungszeit habe vielfach mehrere Jahre gedauert. Die Zahl der Jahre ist leider nicht angegeben. Er behandelte seine Kranken mit kolloidalem Mangan 0,5—1, wöchentlich 1—2 mal intramuskulär. Daneben verwandte er zur Unterstützung Teer, Praezipitat, Cignolin und Chrysarobin. Nach Angabe von Doczy blieben 31 von 120 Patienten 8 Monate bis 1½ Jahre rezidivfrei. Er behandelte die Kranken mit Organextrakten von Hypophyse, Ovarien und Thymus, seltener von Thyreoidea, Testis und Corpus luteum, die er subkutan oder intramuskulär injizierte. K. Schreiner beobachtete unter 6 Kindern einen Fall, der 1½ Jahre rezidivfrei blieb und von 25 Männern erreichten 6 eine Residivfreiheit von 1½—2 Jahren. Nach den übereinstimmenden Angaben aller Autoren treten die Rezidive innerhalb von Tagen, Monaten und Jahren auf. Trotzdem die Rezidive also nicht gesetzmäßig nach einer bestimmten Zeit auftreten, geben doch viele Autoren Mittel an, um die Rezidive hinauszuschieben. Vollmer empfiehlt zu diesem Zweck neben den gebräuchlichen Mitteln Schwefel- oder Solbäder, besonders die Kreuznacher Mutterlaugenbäder. Ebenso verwendet Morgenstern Bäder in Form von Seifenbädern von steigender Temperatur und Dauer. Daneben benutzt er Salicyl-Sulfurpaste und Chrysarobin in Traumatizin oder als Paste nach Neißer. Alderson, Marceron, Donovan, Linser und Breiger-Berlin wollen ein Hinausschieben der Rezidive durch Behandlung mit Ultraviolettlicht erreicht haben. Im Gegensatz dazu nennt Nobl die vielfachen Versuche mit der Höhensonne „naive Versuche" und spricht von Mißbrauch der Sonnenbäder, weil er in den meisten Fällen Massenausbrüche der Psoriasis nach Sonnenbädern gesehen hat. Prusciano bestrahlte je nach dem ätiologischen Faktor die innersekretorischen Drüsen mit Röntgenstrahlen. Jamieson verwandte Thymusbestrahlungen. Meril-Ricketts behandelte seine Patienten mit asiatischen Pillen oder

Lösungen von Acidum arsenicosum. Einen starken Einfluß auf die Psoriasis hat nach Veiel und Brocq die Ernährungsweise. Veiel beobachtete im Kriege beim Schlechterwerden der Ernährung leichtere Ausbrüche der Psoriasis, zum Teil sogar ein vollständiges Verschwinden der Erkrankung, und erst wenn die Körperfülle wieder kam, war auch die Psoriasis in alter Ausdehnung da. Das sei keineswegs eine allgemeine Regel, aber fetten Psoriatikern gibt Veiel auf jeden Fall den Rat, das Fett zum Schwinden zu bringen. Brocq beobachtete oft eine Begünstigung der Psoriasis durch fleischreiche Kost. Deshalb verordnete er besonders Gemüse und ging in „rebellischen" Fällen zu vollständigem Vegetarismus über. F. Pinkus behauptet, daß die Rezidive „um so schneller kommen, je weniger lange nach dem Schwinden der Herde die Behandlung fortgesetzt wurde". Er glaubt also, daß die Länge und nicht so sehr die Art der Behandlung einen Einfluß auf das Auftreten der Rezidive hat.

Im Gegensatz zu diesen Autoren bestreitet Riecke einen Einfluß auf die Rezidive durch die Art der Therapie. Das Auftreten der Rezidive sei an keine bestimmten Zeitabschnitte gebunden; bisweilen vergehen viele Jahre bis zu einem Rückfall, oder es folge ein Ausbruch dem anderen in kurzen Zeitabständen.

Auf Grund unseres Materials läßt sich nicht feststellen, ob die verschiedenen Behandlungsmethoden die Rezidivfreiheit verschieden beeinflussen, weil große Zusammenstellungen über die Dauer der Rezidivfreiheit, die mit unserer Zusammenstellung verglichen werden könnten, in der Literatur fehlen. Die Rezidive folgten in der Mehrzahl unserer Fälle verhältnismäßig schnell, daß aber in gewisser Beziehung doch eine Besserung des Zustandes erreicht ist, ergibt sich aus der Beantwortung der Fragen, ob die Patienten zur Zeit leicht oder schwer erkrankt sind, ob der Wiederausbruch schwächer, stärker oder ebenso stark war, und ob die alten Psoriasisherde beim Neuausbruch miterkrankten oder nicht. Ueber den Grad der Erkrankung an Schuppenflechte machten die Patienten folgende Angaben:

	Stationäre		Ambulante		Insgesamt	
Z. Zt. erkrankt	Zahl d. Fälle	%	Zahl d. Fälle	%	Zahl d. Fälle	%
leicht	115	71,9	155	73,3	270	72,8
schwer	45	28,1	56	26,7	101	27,2

Aus dieser Zusammenstellung ergibt sich, daß Stationäre und Ambulante fast gleichmäßig in 72,8 % der Fälle in leichter Form an Schuppenflechte wiedererkrankt sind. Darin kann man vielleicht einen Erfolg der Therapie erblicken, denn wenn auch nicht die Beseitigung der Erkrankung gelungen ist, so ist doch die Krankheit in diesen Fällen erträglicher geworden.

Inwieweit bei den Rezidiven die vorher erkrankten Stellen freiblieben oder wiederbefallen wurden, zeigt die nachstehende Tafel:

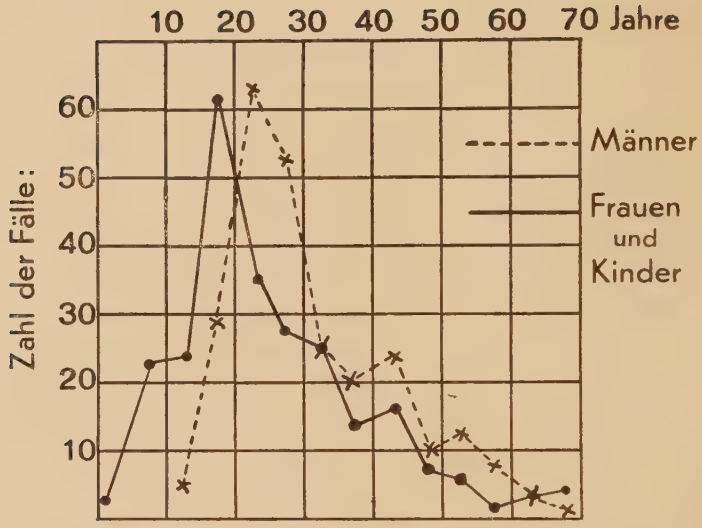
	Stationäre		Ambulante		Insgesamt	
	Zahl d. Fälle	%	Zahl d. Fälle	%	Zahl d. Fälle	%
ganz frei	7	4,0	10	5,6	17	4,0
zum Teil frei	42	24,0	38	21,1	80	22,5
mitbefallen	126	72,0	132	73,3	258	72,7

Die früher erkrankten Stellen waren beim Rezidiv im größten Teil der Fälle (bei 72,7 %) miterkrankt. Dabei waren stationäre und ambulante Patienten ungefähr gleich beteiligt. Die Krankheitsbereitschaft hatte also an diesen Stellen nicht abgenommen. Nur in 4,8 % der Fälle blieben die früher erkrankten Stellen ganz frei, während sie in 22,5 % zum Teil miterkrankten. Ob hier ein Erfolg der Therapie vorliegt, läßt sich ebenfalls nicht entscheiden.

Die Frage nach der Stärke der einzelnen Rezidive beantworten unsere Patienten wie folgt:

Die Rezidi-ve waren:	Stationäre Zahl d. Fälle	%	Ambulante Zahl d. Fälle	%	Insgesamt Zahl d. Fälle	%
schwächer	89	50,9	81	44,3	170	47,5
ebenso stark	58	33,1	70	38,3	128	35,8
stärker	28	16,0	32	17,4	60	16,7
	175		183		358	

Fast bei der Hälfte aller Patienten (47,5 %) war der nächste Ausbruch nach unserer Behandlung schwächer. Man könnte darin einen Erfolg der Therapie erblicken, und es wird durch diese Zahlen die Ansicht von Zumbusch bestätigt, daß die Psoriasis im Anfang am schlimmsten ist, während später die einzelnen Rezidive gemäßigter und in größeren Intervallen auftreten. Im Gegensatz dazu ist allerdings Brocq der Meinung, daß die Rezidive in dem Maße, in dem sie sich wiederholen, schwerer und mit dem Alter der Erkrankung häufiger werden. Ebenso ungünstig beurteilt auch Riecke den weiteren Verlauf der Psoriasis. Nach seiner Meinung nehmen die Rückfälle nach Zahl und Heftigkeit nicht ab. Zur Beurteilung dieser Meinungsverschiedenheiten soll die folgende Kurve über das Lebensalter unserer Patienten beim Eintritt in die Behandlung der Klinik dienen:



Sie zeigt, daß die Mehrzahl der behandelten Frauen (61 Fälle) im Alter von 15—20 Jahren, die der Männer (63 Fälle) im Alter von 20—25 Jahren stand. Die späteren Lebensjahre sind unter unseren Kranken viel geringer vertreten. Es traten nur 8 Frauen und 10 Männer im Alter von 45—50 Jahren und nur 3 Frauen und 1 Mann im Alter von 65—70 Jahren in unsere Behandlung. Mag diese Erscheinung zum Teil auf das Gleichgültigerwerden der höheren Lebensalter gegen die Psoriasiserkrankung zurückzuführen sein, so dürfte sie andererseits doch die Ansicht von Zumbusch bestätigen, daß die Psoriasisrezidive später seltener werden.

Die Antworten auf die Frage, ob die Psoriasis nach Meinung des Kranken auf Behandlung oder ohne Behandlung geheilt ist, und durch welches Mittel der Kranke geheilt oder gebessert zu sein glaubt, ergeben, daß die 37 ohne Rezidiv geheilten Patienten ihre Heilung auf die Behandlung in der Klinik zurückführen. Die 24 nach noch einmaligem Rezidiv geheilten Patienten verwendeten beim Neuausbruch in 10 Fällen die Mittel der Klinik, in 7 Fällen andere und in 7 Fällen gar keine. Bei den letzten 7 Fällen handelt es sich also um Spontanheilungen. Solche Spontanheilungen und -besserungen werden auch von den z. Zt. kranken Patienten vielfach erwähnt. Von angeblich mit Erfolg verwendeten sonstigen Heilmitteln nennen die Befragten Homöopathie, Sorisalbe nach Pfarrer Heumann, englisch Flechtentod, Naftalansalbe, Töpfers Blapsinspiritus, Hamamelissalbe, Herbacreme, Jodtink-

tur, Salatöl, Eiweiß, Lehm, Teer, biochemische Mittel, Blutreinigungstee, Sonnenbestrahlung, Hochfrequenzbehandlung, Obstessen, Baden in der Arminiusquelle in Lippspringe und Trinken von Teerwasser. Diese Heilmittel muten zum Teil so merkwürdig an, daß man an Spontanheilung denken muß.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß über eine Dauerheilung, wie sie einige Autoren für möglich halten, bei unserem Material wegen der zu kurzen Beobachtungszeit nichts Sicheres gesagt werden kann. Die Rezidivfreiheit dauerte nach den Angaben in der Literatur 1 Monat bis zu 5 Jahren. Das entspricht auch unseren Feststellungen: wir beobachteten rezidivfreie Zeiten von 1 Monat bis zu 4½ Jahren. Die Frage, ob die Rezidive durch die Therapie hinauszuschieben sind, ließ sich aus unserem Material noch nicht beantworten. Wir konnten nur eine gewisse Wirkung der Therapie auf die Rezidive in sofern feststellen, als bei 47,5 % der Fälle der nächste Ausbruch der Krankheit schwächer war. Eine Wirkung der Therapie ist wohl auch darin zu erblicken, daß 72,8 % der Patienten zur Zeit der Befragung nur leicht an Schuppenflechte litten. Ein großer Prozentsatz von vorläufiger Rezidivfreiheit konnte durch unsere Behandlung aber nicht erreicht werden. Von 442 Patienten bekamen nach unserer Behandlung nur 37 überhaupt kein Rezidiv und 24 Psoriasiskranke waren zwar zur Zeit der Befragung rezidivfrei, hatten aber zuvor ein Rezidiv gehabt. Daraus ergibt sich die für die Beurteilung der therapeutischen Erfolge bei der Psoriasis wichtige Tatsache, daß eine Rundfrage bei 442 einmal behandelten Psoriasiskranken nur 61 als zur Zeit erscheinungsfrei feststellt, das sind 13,8 %. Es wird späteren Untersuchungen vorbehalten sein, ob sich durch längere Behandlung oder durch andere Kombinationen von Behandlungsarten in dieser Beziehung Aenderungen ergeben, ferner wird später darauf zu achten sein, ob früh einsetzende Behandlung gleich beim ersten Erscheinen der Erkrankung vielleicht günstigere Verhältnisse schafft.

Literaturverzeichnis

Alderson, H., Arch. of Derm. **8**, 79, (1923); ref. Zentrbl. f. H. u. G. K. **11**, 29.

Breiger, (Berlin) Mitteil. a. d. Lit. Derm. Wochschr. **55**, 1733, (1912).

Brocq, Précis-atlas de pratique dermat., Paris: Gaston Doin (1921), S. 876 u. 880.

Bulkley, L., Duncan, Rev. prat. des mal. cut., syph. et ventr. Heft 11 (1907); ref. Monhfte. f. pr. Derm. **46**, 454.

Doczy, Gedeon, Orv. Het. **72**, 42 (1928) ung.; ref. Zentrbl. f. H. u. G. K. 27, 502.

Donovan, O. W. J., F. Hernamann-Johnson, Brit. J. Actinother. **3**, 169 (1928); ref. Zentrbl. f. H. u. G. K. **30**, 203.

Jamieson, R., Arch. of derm. **18**, 109 (1928); ref. Zentrbl. f. H. u. G. K. **29**, 646.

Kerckhoff, van, Beitr. z. Psoriasis vulg. und ihre Beh., Leipzig, Hirzel (1928), besprochen Derm. Wochschr. **88**, 418.

Lang, E., Arch. f. Derm. u. Syph. **12**, 473 (1880).

Linser, Mediz. Klinik 27, 751 (1915).

Marceron, L., Paris méd. **18**, 73 (1928): ref. Zentrbl. f. H. u. G. K. 27, 143.

Merril-Ricketts, J., of amer. med. assoc. (1893), ref. Monhfte. f. pr. Derm. 17, 633.

Morgenstern, E., Tölz-Wiesb., Ther. d. Gegenw. **6**, (1901); ref. Monhfte. f. pr. Derm. **35**, 460.

Nobl, G. W., Wien. med. Wochschr. **76** (1926); ref. Zentrbl. f. Radiol. 2, 668.

Pinkus, F., Psoriasis, Deutsche Klinik, X. Bd., 2. Abt.: Dermatologie. Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien 1905, S. 552.

Prusciano, Fr., Arch. di Radiol. **5**, 452 (1929); ref. Zentrbl. f. Radiol. **8**, 435.

Podwyssozkaja, O. N., Wratsch. Gaz. **10**, 220 (1924); ref. Zentrbl. f. H. u. G. K. **16**, 45.

Ravogli-Cincinnati, A., J. of cut. dis. incl. Syph. 1913; ref. Derm. Wochschr. 57, 804.

Riecke, Lehrb. d. Hautkr., Jena, Fischer 1931, 8. Aufl. S. 191.

Schmidt, P. W., Münch. med. Wochschr. 26, 1090 (1931).

Schreiner, K., Arch. f. Derm. **154**, 444 (1928), ref. Zentrbl. f. H. u. G. K. 27, 501.

Schulz (Kreuznach), H., Ueber Psoriasis u. der. Beh. 1882; ref. Monhfte. f. pr. Derm. **1**, 219.

Unna, Hamburg, P. G., Med. Klin. Nr. 39—40 (1906), S. 1011 u. S. 1037.

Veiel, Fr., Jadassohn Samml. zwangl. Abhandl. Neue Folge **7**, 1—31 (1925).

Vollmer, Dtsch. Medizinalztg. Nr. 46 (1898); ref. Monhfte. f. prakt. Derm. 27, 583.

Zumbusch, L. von, Jesionek: Prakt. Ergbn. d. Hautkr. 2, 582 (1912).

Lebenslauf

Am 22. 6. 1905 bin ich als Tochter des Lehrers Karl August Hippler und seiner Frau Valerie, geb. Nowak in Bromberg geboren. Meine Schulausbildung erhielt ich in Bromberg, Schneidemühl und Münster. Am 6. März 1925 bestand ich die Reifeprüfung an der Freiherr-vom-Stein-Schule in Münster i. W. Ich studierte in Münster, Berlin und Königsberg Medizin und bestand am 20. 2. 1931 das medizinische Staatsexamen in Münster i. W. Ich war als Praktikantin in der Haut-, Kinder- und Med. Klinik der Universität Münster tätig.